Octobre 2013 n°121

la Lettre

L'avenant n° 3 à la convention nationale dentaire p.21

Deux centres de santé condamnés pour concurrence déloyale p.15

Le « zonage » de la profession se précise p.10

30 ans d'identification odontologique

ONCD ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

SOMMAIRE

4 L'ÉVÉNEMENT

30 ans d'identification odontologique

ACTUALITÉS

8 MESURES INCITATIVES
50 contrats d'engagement de service public

9 CONSEIL NATIONAL
Myriam Garnier, secrétaire générale de l'Ordre

10 DÉMOGRAPHIE
Le « zonage » des chirurgiens-dentistes se précise

12 SÉDATION CONSCIENTE
Le Méopa s'implante en pratique de ville

14 CENTRES DE SANTÉ
Vers un contrôle des centres dentaires suspects ?

17 BAROMÈTRE INPES
Les 15-30 ans consultent peu le chirurgien-dentiste

18 SANTÉ BUCCO-DENTAIRE
Les enfants inégaux devant l'accès aux soins

19 LA VIE DE L'ORDRE
Les présidents départementaux au Conseil national

20 EN BREF

21 DOSSIER

AVENANT 3 À LA CONVENTION NATIONALE DENTAIRE

L'avis du Conseil national

JURIDIQUE

25 CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Le patient n'est pas (encore ?) un consommateur

29 SECTIONS DES ASSURANCES SOCIALES
Les praticiens-conseils assesseurs sont-ils impartiaux

32 RESPONSABILITÉ MÉDICALE
Comprendre l'obligation et la contribution à la dette de réparation

PORTRAIT

34 AURÉLIE LOLL
Low cost, high profile

LA LETTRE EXPRESS

35 Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

Plus d'info sur
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Christian Couzinou
Président
du Conseil national

Justice

Deux centres de santé «*low cost*», l'un en région parisienne, l'autre dans les Pyrénées-Orientales, voulaient s'affranchir de la législation en termes de publicité directe ou indirecte, en suscitant des articles et reportages manifestement orientés sur la seule promotion de leur activité. Ils ont tous deux été condamnés en première instance pour concurrence déloyale envers les praticiens libéraux avec injonction de supprimer de leur site Internet respectif la mise en ligne de ces articles et reportages. Pour l'institution ordinale, partie à ces deux affaires, ce n'est évidemment que justice. On comprendrait mal pourquoi les praticiens libéraux se verraient refuser toute publicité alors que, dans le même temps, les centres dentaires *low cost* auraient toute latitude pour promouvoir leur activité. Hélas, on ne saurait se satisfaire de cette issue judiciaire. Car les centres de santé *low cost* croient aussi pouvoir s'affranchir de toute obligation en matière de santé publique et de délivrance des soins de premier recours. Ce n'est pas l'Ordre qui le dit, mais bien certaines Agences régionales de santé (ARS) qui, dans un passé récent, ont rappelé certaines règles et obligations à ces structures, qui privilégient les soins prothétiques pour les patients adultes. Anatole France écrivait en substance que la loi «*interdit aux riches comme aux pauvres de coucher sous les ponts*». C'est un peu le même raisonnement par l'absurde appliqué ici : les centres de soins dentaires *low cost* ne refusent pas les soins aux enfants, simplement ils sont, le plus souvent, fermés le mercredi et le samedi... Dans son enquête sur les centres de santé en France, l'Igas n'a certes fait qu'effleurer la question de, nous citons, ces «*dérives*». Au moins l'Inspection générale des affaires sanitaires a-t-elle eu le mérite d'écrire, dans son rapport, qu'un problème existe bel et bien et que des contrôles devraient être réalisés. Tant il est vrai que l'on ne peut s'affranchir ni de ses obligations déontologiques ni, et encore moins, de ses obligations en termes de santé publique.

« Les centres dentaires *low cost* ne refusent pas les soins aux enfants... mais ils sont le plus souvent fermés le mercredi et le samedi... »

30 ans d'identification odontologique

Un colloque organisé par l'Unité d'identification odontologique (UIO) rassemblait au Conseil national des personnalités judiciaires, médicales et odontologiques ainsi que des représentants de la police et de la gendarmerie. Avec un thème central : comment résister à la pression politique, administrative et médiatique, lors de catastrophes, pour garantir un travail d'identification de qualité ?

Il y a une quinzaine d'années encore, les experts en odontologie médico-légale revendiquaient leur apport – et, donc, leur place – dans les équipes médico-légales chargées d'identifier les victimes de catastrophes. De cette reconnaissance, il ne fut à aucun moment question lors du colloque organisé le 18 septembre dernier par le Conseil national et son Unité d'identification odontologique. Cette place des odontologistes fait même l'objet d'une codification, au même titre que les autres disciplines (biologie, médecine légale, etc.), dans les protocoles d'intervention mis au point et réactualisés, entre autres, par Interpol.

Le crash du mont Sainte-Odile, en 1992, fut l'une des dates qui marquèrent l'évolution vers la reconnaissance de l'apport de l'identification odontologique des victimes de catastrophes. Christian Kaempf, conseiller national, président de la commission d'odontologie médico-légale et cheville ouvrière de l'organisation de ce colloque, compta d'ailleurs parmi les praticiens strasbourgeois qui furent sollicités, dans l'urgence, pour procéder à l'identification des victimes de ce crash. De cette reconnaissance, donc, il ne fut nullement question tant elle va aujourd'hui de soi. En revanche, l'un des fils rouges du colloque fut quelque chose d'assez inattendu venant de cette assemblée d'experts éminents, tous rompus à l'interven- »»»

Le temps du médiatique n'est pas celui du scientifique, pour qui la fiabilité et la certitude doivent être privilégiées à la rapidité, a-t-il été rappelé aux participants du colloque.

tion lors de catastrophes, et pour qui seules comptent la rationalité scientifique et la vérité judiciaire. Quelque chose d'irrationnel, mais de très prégnant s'agissant des catastrophes : l'émotion et la pression qui en découle.

Yves Schuliar, médecin chef à l'Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale (IRCGN), fort des 20 ans d'expérience de l'Unité Gendarmerie d'identification des victimes de catastrophes (UGIVC), a rappelé à quel point une catastrophe était accompagnée systématiquement d'une *« charge émotionnelle terrible avec son lot de pressions sur les magistrats et les enquêteurs »*. À cet égard, il a rappelé la définition du terme *« catastrophe »* proposée par les Suisses après l'affaire du Temple solaire, définition qui, à sa manière, véhicule cette dimension émotionnelle : *« Ça n'arrive pas qu'aux autres. »* François Feltz, inspecteur général des services judiciaires, a décrit précisément les contraintes qui pèsent sur le magistrat dépêché sur les lieux par le parquet. Il a notamment relaté les pressions exercées, entre autres par l'autorité administrative (le préfet) pour publier la liste des victimes le plus rapidement possible. *« Nous avons des incertitudes. Il est impératif d'attendre la fin des opérations d'identification. Dans ces moments-là, il faut résister à la pression. La justice a l'obligation de privilégier la fiabilité et la certitude à la rapidité. »* Encore cette pression est-elle ici filtrée par le préfet. C'est une tout autre histoire quand il faut affronter les politiques et les familles. François Daoust, directeur de l'IRCGN, a expliqué à l'assemblée d'experts médicaux et odontologiques ce qui se passait en coulisse pendant

Le Pr Bertrand Ludes, directeur de l'Institut médico-légal de Paris, comptait parmi les intervenants du colloque.

que ces derniers procédaient à leur travail d'identification. Notamment cette scène au salon VIP de Roissy où, devant les familles des victimes du crash de Charm el-Cheikh, en rupture totale avec les discours émollients des représentants des cabinets ministériels *(« pour un peu, à les entendre, les familles allaient revoir une dernière fois leurs proches sur la plage avant de leur dire adieu »)*, dans une charge émotionnelle et une tension terribles, il annonce ne pas être sûr de récupérer les corps. Un langage de vérité en contradiction avec les propos des politiques *« qui ne veulent pas augmenter la peine des familles »*. François Daoust résume comme suit ces enjeux contradictoires : *« Le temps du médiatique n'est pas le temps du scientifique. »* Et en donna une illustration glaçante. Une semaine après l'attentat de Louxor, dans les années 1990, les victimes (des Européens dont une forte majorité de Suisses) sont identifiées

Le point de vue de...

Christian Kaempf, conseiller national, président de la commission d'odontologie médico-légale

« Ce colloque a été organisé sous l'égide de l'Unité d'identification odontologique (UIO), créée par l'Afio et le Conseil national de l'Ordre en 2002 avec, à leur tête, Claude Laborier pour l'Afio et André Robert pour l'Ordre. L'UIO met à la disposition des magistrats une liste d'experts en odontologie médico-légale immédiatement mobilisables. L'UIO ou les membres la composant sont régulièrement sollicités lors de catastrophes de grande ampleur. C'est ce qui s'est passé, par exemple, lors du tsunami de 2004 : des experts ont été puisés dans cette liste pour accompagner l'équipe française qui se rendait sur les lieux. Ce colloque entre dans le cadre de la formation continue que l'UIO entend dispenser auprès des chirurgiens-dentistes médico-légaux. »

Le président du Conseil national, Christian Couzinou, a ouvert le colloque.

et rapatriées dans leur pays. Une identification vraiment rapide. Les Suisses ouvrent les cercueils et vérifient. *«À partir de ce moment, un balai macabre de cercueils entre plusieurs pays européens a débuté afin que soient restitués les bons corps à leur famille.»*

Le Pr Bertrand Ludes, directeur de l'Institut médico-légal de Paris, a confirmé de son côté que le médecin légiste, chargé d'un travail de coordination dans le cadre d'une coopération résolument pluridisciplinaire (biologistes, médecins, chirurgiens-dentistes), a aussi pour rôle de *«résister à la pression administrative et médiatique pour maintenir la qualité des opérations techniques»*. Le mot catastrophe vient du grec *«renversement»*, a-t-il rappelé. C'est dans ce contexte incertain et soumis à de fortes turbulences humaines que les experts doivent remplir leur mission avec la distance et la compétence scientifique nécessaires.

Cela ne signifie d'ailleurs pas, leur pudeur dût-elle en souffrir, que les experts ne sont pas eux-mêmes exposés à l'émotion. Les représentants de l'Unité Police d'identification des victimes de catastrophes (UPIVC) ont insisté sur les entretiens individuels systématiques avec un psychologue, après l'intervention, pour vider la charge émotive *(«ce qui ne s'exprime pas s'imprime»)*. Car l'identification est aussi affaire d'homme. ■

De Beaune à Brétigny-sur-Orge, 30 ans d'expertises

Lors d'un carambolage sur l'autoroute de Beaune, le 31 juillet 1982, un chirurgien-dentiste identifie formellement un jeune homme, que les médecins légistes avaient initialement pris pour l'un des chauffeurs des deux cars victimes de la collision. Cet épisode fut l'un de ceux qui commencèrent à légitimer la place des odontologistes dans les équipes d'identification des victimes de catastrophes.

Lors du colloque de l'UIO, les experts ont retracé 30 ans d'identification odontologique, qui ont abouti à faire de leur spécialité une discipline à part entière de l'identification médico-légale.

Cette montée en puissance de l'odontologie s'est faite par paliers. La création, en 1989, peu après l'attentat du DC 10 d'UTA dans le désert du Ténéré, d'une unité d'odontologistes au sein de l'institut médico-légal marque l'une de ces étapes.

105 personnes furent identifiées à la suite de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire qui comptait 18 chirurgiens-dentistes. Une mission qui permettra de mettre en place une méthodologie opérante. L'identification des membres de l'Ordre du Temple solaire, en 1995, a permis de figer un certain nombre de principes qui restent toujours appliqués aujourd'hui. L'accident ferroviaire de Brétigny-sur-Orge, le 13 juillet 2013, illustre à quel point ces protocoles, qui sont régulièrement interrogés et améliorés, permettent des interventions fiables et rapides. Comme l'ont expliqué le commissaire divisionnaire Estelle Davet et le brigadier-chef Richard Junca (police technique et scientifique), il n'aura fallu que trois jours à l'odontologiste et les équipes médico-légales pour identifier de façon formelle les six victimes du déraillement. L'odontologie fait également progresser la connaissance de l'impact de certains phénomènes sur les victimes. En 1995, intervenant sur le crash d'un Falcon 20 au Bourget, le chirurgien-dentiste médico-légal instaura les prémices d'une classification du degré de carbonisation des corps, classification utilisée par la suite à partir de 2004.

50 contrats d'engagement de service public

Le ministère de la Santé a augmenté significativement le nombre de CESP ouverts aux étudiants en odontologie, qui passe de 36 places initialement prévues à 50, avec une moyenne de trois postes par UFR.

C'est ce que l'on appelle une bonne surprise. Les pouvoirs publics ont en effet augmenté significativement le nombre de contrats d'engagement de service public (CESP) ouverts aux étudiants en odontologie pour l'année universitaire 2013-2014. Le texte initial prévoyait en effet le chiffre de 36 CESP en odontologie pour cette année universitaire. Il est finalement porté à 50 places. Cette bonne nouvelle est tombée par un arrêté en date du 28 août dernier, publié au *JO* le 30 août.

Ce texte fixe le nombre d'étudiants en odontologie et leur répartition parmi les 16 UFR d'odontologie. Un nombre de postes pour le moins équilibré puisque chaque UFR se voit attribuer trois places, à l'exception notable des UFR de Reims et de Lille, auxquelles sont octroyés quatre postes [1].

En pratique, les étudiants intéressés par ce dispositif – qui, rappelons-le, propose une allocation brute mensuelle de 1200 euros jusqu'à la fin des études en contrepartie d'un engagement à exercer dans une zone sous-dotée pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel les étudiants auront perçu l'allocation – doivent présenter un dossier de candidature à leur UFR.

Les étudiants en odontologie peuvent trouver tous les renseignements pratiques sur un site Internet consacré au CESP, mis en ligne par le ministère de la Santé : *www.cesp.sante.gouv.fr*. ■

L'ESSENTIEL

- ✔ **Par rapport au nombre initialement prévu, 14 CESP supplémentaires ont été ouverts aux étudiants en odontologie pour l'année universitaire 2013-2014.**
- ✔ **Chaque UFR se voit attribuer trois postes de CESP, à l'exception des UFR de Reims et de Lille, qui en comptent quatre.**
- ✔ **Les étudiants intéressés doivent présenter un dossier à leur UFR.**

(1) Trois places pour les UFR de Paris V, Paris VII, Lorraine, Strasbourg, Clermont-Ferrand, Lyon I, Brest, Nantes, Rennes I, Aix-Marseille, Montpellier I, Nice, Bordeaux II, Toulouse III. Quatre places pour les UFR de Reims et Lille II.

Myriam Garnier, secrétaire générale de l'Ordre

Lors de la session de septembre dernier, Myriam Garnier a été élue au poste de secrétaire générale du Conseil national.

« *On ne remplace pas Pierre Lansade. Éventuellement, on lui succède* », veut souligner d'emblée Myriam Garnier, qui vient d'être élue secrétaire générale du Conseil national de l'Ordre lors de la session de septembre du Conseil national. À la suite du décès brutal de Pierre Lansade, en mai dernier, qui avait profondément ému l'Ordre, le Conseil national et son président, Christian Couzinou, avaient décidé de laisser du temps au temps avant de procéder à son remplacement au secrétariat général de l'Ordre. C'est donc aujourd'hui chose faite.

Myriam Garnier, conseillère nationale et présidente de la commission de la démographie, représente au Conseil national les régions Centre et Pays de la Loire. Elle exerce en libéral depuis 1986 dans une commune rurale du Maine-et-Loire, Le Lion-d'Angers, et préside depuis cette année le conseil régional des Pays de la Loire. « *Je sais gré aux membres du Conseil national d'avoir sollicité ma candidature et de m'avoir élue au poste de secrétaire générale. Cette élection marque une volonté commune, je crois, de faire en sorte que le Conseil national soit le reflet le plus fidèle possible de ce qu'est aujourd'hui la réalité de notre profession médicale, dont le mouvement de féminisation est l'un des traits marquant de notre sociologie depuis ces dix dernières années.* »

Pour la nouvelle secrétaire générale, cette élection est dans l'ordre des choses : « *Au-delà de ma personne, ce qui compte, c'est qu'une femme intègre le bureau du Conseil national. Plus largement, je souhaite que le taux d'élues ordinales, de 25 % aujourd'hui, connaisse une augmentation significative plus conforme à la place des femmes dans notre profession, qui représentent aujourd'hui plus de 40 % des chirurgiens-dentistes.* »

Il serait souhaitable que le taux d'élues ordinales soit plus conforme à la représentation des femmes dans notre profession.

Précisons tout de même, la modestie de l'ancienne présidente du conseil départemental du Maine-et-Loire dût-elle en souffrir, qu'elle doit aussi son élection à son sens de l'engagement au service de la profession en général, et de l'Ordre en particulier. Cet engagement, elle l'a notamment exercé à la tête de la commission de la démographie du Conseil national. Elle a ainsi activement plaidé, dans les ministères et ailleurs, pour l'ouverture du Contrat d'engagement de service public (CESP) aux étudiants en odontologie, ouverture qui est une réalité depuis cette rentrée universitaire. ■

Le « zonage » des chirurgiens-dentistes se précise

Progressivement, les Agences régionales de santé dessinent la cartographie des *« dotations en chirurgiens-dentistes libéraux »* de chaque région, dont le but est de déterminer les zones très sous-dotées.

Les Agences régionales de santé (ARS) mettent les bouchées doubles afin de mettre la dernière main aux cartes des *« niveaux de dotation en chirurgiens-dentistes libéraux »*, plus communément connues sous le nom de *« zonage »*. Sans ces données officielles en effet, aucun contrat incitatif (financé par l'assurance maladie et inscrit à l'avenant n° 2 à la convention dentaire) pas plus que les contrats d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants en odontologie (financés et mis en place par l'État) ne peuvent être officiellement formalisés.

L'arrêté du 28 mai 2013, publié au *JO* le 26 juin dernier, expose la méthodologie permettant de définir au total cinq types de « zones » : très sous-dotées en chirurgiens-dentistes, sous-dotées, à dotation intermédiaire, très dotées et, enfin, surdotées. Cette méthodologie croise les résultats de diverses sources (Insee, Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, Fichier national des professionnels de santé, etc.) et, bien entendu, plusieurs variables. Elle repose sur un découpage du territoire en zone Insee dites *« BVPCT »* (bassin de vie pseudo-canton). On pourra tout de même déplorer que la loi n'ait pas prévu la participation de l'Ordre, qui alimente le RPPS et, *via* sa cartographie, dispose de connaissances détaillées sur la densité des praticiens sur le territoire.

L'arrêté établit le recensement de ces différentes zones dans les 22 régions de la métropole mais aussi les quatre départements et régions d'outre-mer (Drom). Ce sont les ARS qui sont chargées, *in fine*, de fixer et de préciser cette cartographie de la densité professionnelle des chirurgiens-dentistes. Par rapport au zonage des régions figurant dans l'arrêté, les ARS disposent en effet d'une marge d'appréciation de 5 % (exceptionnellement 10 %) leur permettant de classer une zone dans une catégorie immédiatement inférieure ou supérieure à celle proposée par l'arrêté.

Le tableau figurant dans cet arrêté ne mentionne que le nombre de zones par région, classées par types (très sous-dotées, surdotées, etc.), mais sans indiquer leur nom. Pourtant, il est intéressant de noter que Rhône-Alpes détient le record du nombre de zones

Les zones en région selon l'arrêté du 28 mai 2013

Région (métropole)	Nombre de zones (1)	Très sous-dotées	Sous-dotées	Intermédiaires	Très dotées	Surdotées
Alsace	80	2	1	56	14	7
Aquitaine	186	9	12	110	31	24
Auvergne	107	10	7	67	11	12
Bourgogne	113	14	18	75	3	3
Bretagne	171	5	11	117	27	11
Centre	158	29	21	96	8	4
Champagne-Ardenne	79	7	9	50	8	5
Corse	21	1	0	13	2	5
Franche-Comté	75	12	8	45	6	4
Ile-de-France	294	11	18	209	29	27
Languedoc-Roussillon	132	2	5	78	18	29
Limousin	54	9	9	31	2	3
Lorraine	125	8	10	84	6	17
Midi-Pyrénées	168	14	6	92	28	28
Nord – Pas-de-Calais	188	32	20	118	13	5
Basse-Normandie	96	27	14	52	3	0
Haute-Normandie	98	28	17	48	2	3
Pays de la Loire	178	24	24	108	18	4
Picardie	119	32	23	55	6	3
Poitou-Charentes	121	19	25	65	5	7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	166	0	5	94	23	44
Rhône-Alpes	314	15	29	195	28	47
Région (Drom)						
Guadeloupe	32	13	5	9	2	3
Guyane	22	5	1	15	1	0
Martinique	34	7	3	24	0	0
Réunion	24	4	2	16	2	0
TOTAL	**3 155**	**339**	**303**	**1 922**	**296**	**295**
TOTAL (en % du nombre de zones)		**11 %**	**10 %**	**61 %**	**9 %**	**9 %**

(1) Plus précisément, selon le découpage et la formulation de l'Insee : *« Bassins de vie pseudo-canton »* (BVPCT).

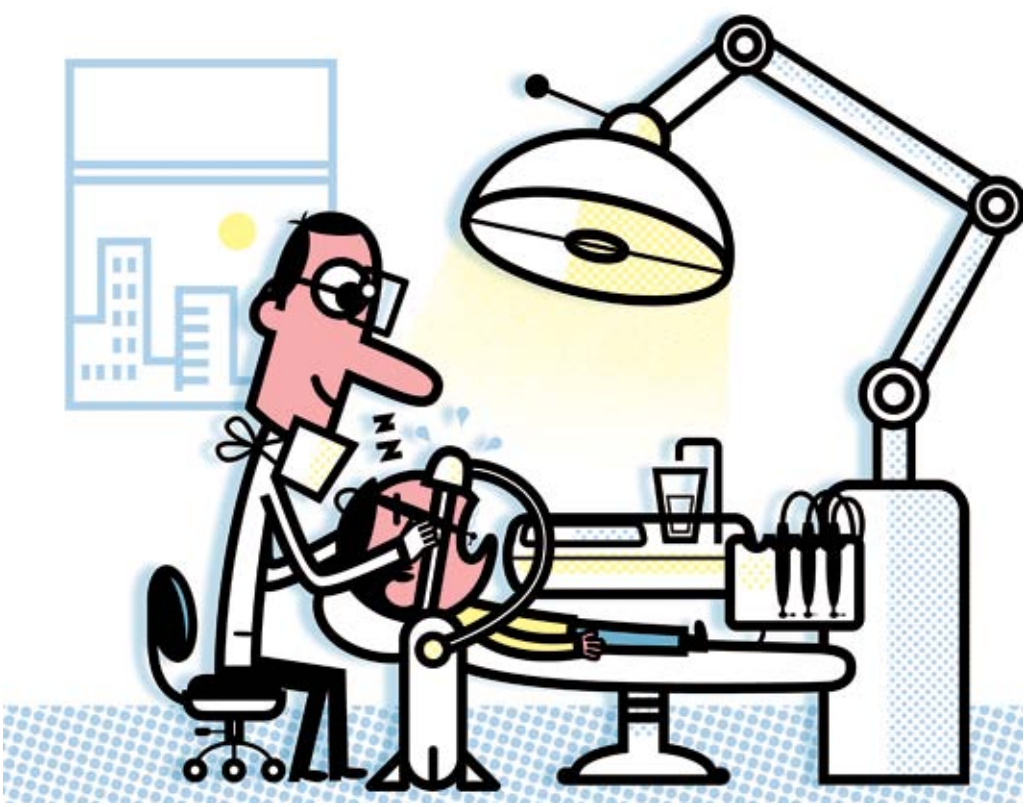
surdotées (47) et que la Picardie et le Nord – Pas-de-Calais recensent le plus grand nombre de zones très sous-dotées (32). L'Île-de-France comptabilise 11 zones très sous-dotées contre 27 zones surdotées. Paca ne recense aucune zone sous-dotée, mais 44 zones surdotées. Au total, l'arrêté recense sur le territoire national (métropole et Drom) 339 zones très sous-dotées, 303 zones sous-dotées et 295 zones surdotées.

Certaines ARS ont d'ores et déjà mis en ligne leur projet de zonage, dans le cadre de l'avis de consultation, obligatoire, auprès des Conférences régionales de la santé, du représentant de l'État dans la région et des collectivités territoriales. C'est, par exemple, le cas de la région Midi-Pyrénées. Les autorités consultées disposent de deux mois pour transmettre leur avis, à la suite de quoi le zonage prendra un caractère officiel. Si l'on s'en tient au seul exemple de Midi-Pyrénées, la consultation a été lancée le 2 septembre dernier et se clôturera le 2 novembre prochain. ■

Le Méopa s'implante en pratique de ville

Trois ans après la levée de la réserve hospitalière, cette technique de sédation consciente en pratique de ville se déploie sur l'ensemble du territoire national.

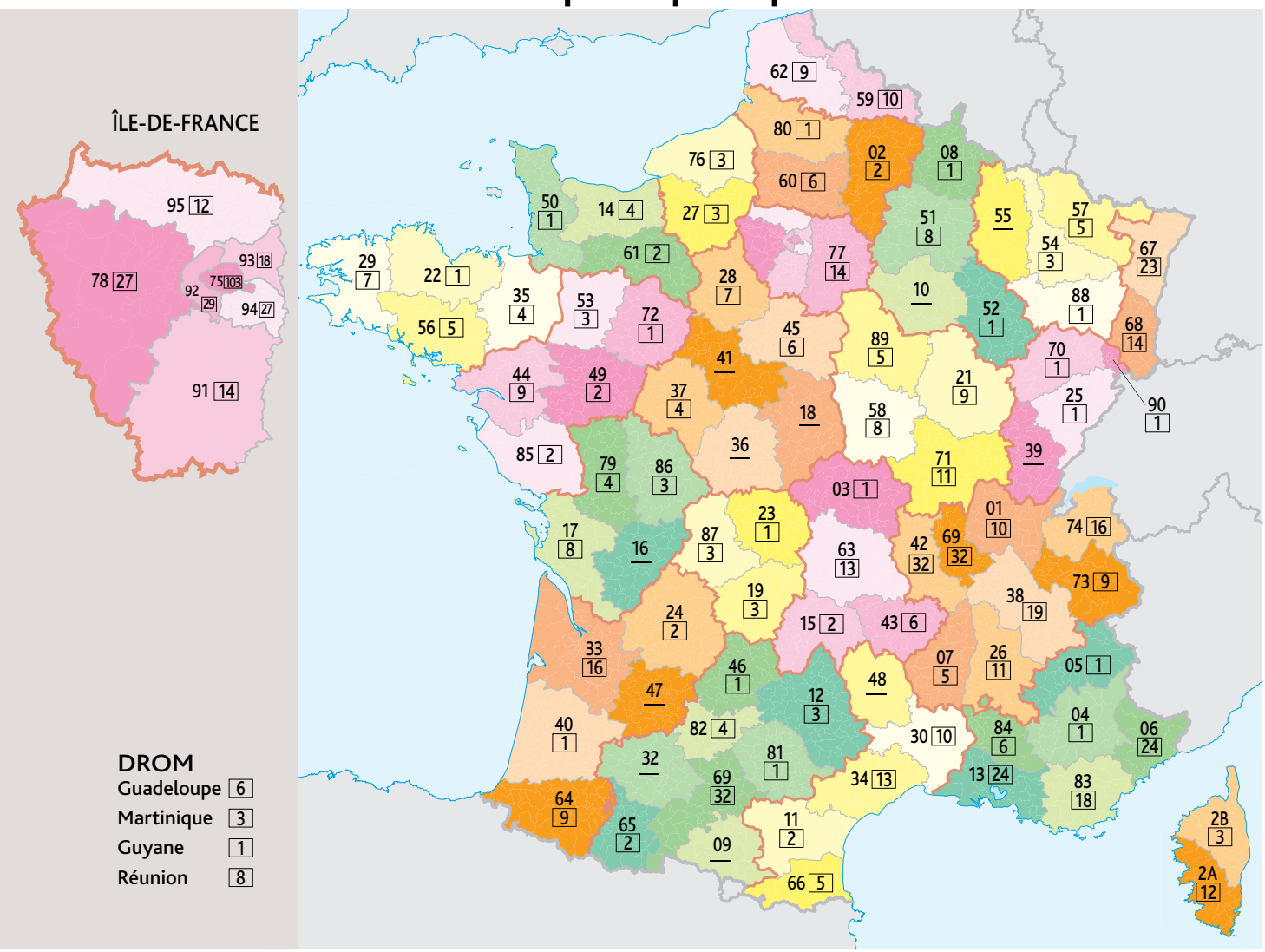
2%. Le chiffre peut paraître modeste, mais il représente tout de même 766 praticiens ayant reçu de l'Ordre, après leur formation, une reconnaissance d'aptitude à l'utilisation du Méopa. Résultat : le maillage des praticiens de ville recourant à cette technique de sédation consciente commence à devenir une réalité tangible sur l'ensemble du territoire national. Rappelons que cette option de sédation, ouverte à la pratique de ville depuis 2010, améliore le vécu des patients sujets au stress, phobiques ou en situation de handicap et facilite significativement la réalisation des soins dentaires. Désormais, donc, cette pratique quadrille la quasi-totalité du territoire, y compris les Départements et régions d'outre-mer – Collectivités d'outre-mer (Drom-Com). Sur les 101 départements français (métropole et Drom-Com), seuls 12 d'entre eux ne comptent pas de chirurgiens-dentistes aptes à recourir au Méopa.



La région Île-de-France réunit à elle seule près d'un tiers de chirurgiens-dentistes (242, soit 31,2 %) formés à cette pratique. Au premier coup d'œil, cette concentration peut paraître importante, mais elle s'explique par la densité de population, les Franciliens représentant 19 % de la population totale française.

Logiquement, les autres régions à forte densité sont bien représentées et on y recense un pourcentage important de praticiens utilisant le Méopa : Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,7 % des praticiens aptes à recourir au Méopa), Rhône-Alpes (14,6 %) et

La France du Méopa en pratique ambulatoire



IGN, 2012.

Alsace (4,8 %). La liste des formations reconnues conformes par l'Ordre figure sur *www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr* [1]. Ce n'est qu'après cette formation que le praticien doit faire une demande d'aptitude à l'utilisation du Méopa auprès du Conseil national *(lire l'encadré ci-contre)*. ■

(1) *http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/materiel-et-materiaux/gaz-medicaux-meopa.html*

Aptitude au Méopa : mode d'emploi

Tout praticien souhaitant obtenir la reconnaissance de l'aptitude à l'utilisation du mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (Méopa) doit en faire la demande au Conseil national, par courrier ou par mail [1], avec les pièces suivantes :

- le programme détaillé de la formation au Méopa suivie, si cette dernière ne figure pas dans la liste des *« formations reconnues conformes »* par le Conseil national ;
- l'attestation de suivi de la formation ;
- le justificatif de suivi d'une formation aux gestes d'urgence datant de moins de cinq ans.

Rappelons que, en 2010, l'Afssaps (devenue l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM) a autorisé et réglementé l'utilisation du Méopa en sédation consciente au cabinet de ville. C'est le Conseil national qui délivre aux praticiens l'aptitude à l'utilisation du Méopa.

(1) Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16. E-mail : courrier@oncd.org

Vers un contrôle des centres dentaires suspects ?

Relayant dans son récent rapport sur les centres de santé les inquiétudes de l'Ordre, l'Inspection générale des affaires sociales prône des contrôles sur certains centres dentaires *« suspects »*.

En juillet dernier, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a remis son rapport sur les centres de santé à la ministre de la Santé, Marisol Touraine. Intitulé « *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain* », ce rapport rédigé par deux inspecteurs de l'Igas, Philippe Georges et Cécile Waquet, répond très exactement à la demande exprimée par la lettre de mission de la ministre. Il s'agissait en effet d'interroger le modèle économique et organisationnel de ces structures, qu'elles soient associatives, mutualistes ou autres (communales, gérées par des caisses d'assurance maladie, etc.). Or, si les centres dentaires *low cost* et les risques réels de dérive qu'ils font peser sur les patients, sont au cœur des préoccupations de l'Ordre, cette question spécifique n'était nullement centrale ici. Le Conseil national de l'Ordre avait néanmoins clairement exprimé ses craintes sur cette question lorsqu'il avait été auditionné par l'Igas dans le cadre de sa mission. On peut savoir gré aux auteurs d'avoir abordé, même de manière périphérique, cette question ô combien sensible.

Statistiquement, c'est vrai, les centres dentaires *low cost* ne constituent (à ce jour) qu'une exception parmi les 1220 centres de santé recensés par le rapport. Lors de son audition auprès de l'Igas, l'Ordre a plai-

dé pour une autorisation préalable d'ouverture d'un centre de santé par les ARS. L'Igas n'a pas suivi le Conseil national sur ce point. Les auteurs du rapport justifient en premier lieu leur réponse sur un plan général : *«Il n'est pas apparu opportun [...] de rétablir l'agrément préalable à la création des centres de santé qui prévalait avant la loi HPST et réclamé par certains acteurs au motif de la concurrence subie par les centres de santé. Il est en effet important de régir l'ensemble de la médecine ambulatoire sous la même règle de liberté d'installation tant que celle-ci n'est pas remise en cause. La raréfaction du nombre de praticiens est de na-* »»

Deux centres condamnés pour concurrence déloyale

Deux jugements en première instance viennent de condamner deux centres de soins dentaires, Addentis, en Seine-Saint-Denis, et Dentalvie, dans les Pyrénées-Orientales. Ces centres, gérés sous des formes associatives de la loi de 1901, prétendaient ne pas devoir respecter la législation qui impose, quelle que soit la forme d'exercice de l'art dentaire, de ne pas recourir à des moyens de publicité directe ou indirecte. Leurs arguments ont été rejetés par les deux juridictions saisies. Ces jugements sont exécutoires, même s'ils restent, bien entendu, susceptibles d'appel. Le Conseil national, auquel s'était associée la CNSD, avait assigné l'association Addentis devant le tribunal d'instance du 5e arrondissement. Celui-ci a jugé, le 11 septembre dernier, que *«si l'on admettait que les centres de santé dentaire peuvent ne pas respecter toutes les règles imposées par le Code de déontologie et le Code de la santé publique à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, cela reviendrait à affranchir les chirurgiens-dentistes employés par ces centres d'un certain nombre de devoirs fondamentaux que les chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral, eux, sont tenus de respecter».* Il était reproché à Addentis des articles et reportages télévisés – par ailleurs mis en ligne sur son site Internet – à vocation manifestement publicitaire. Pour le tribunal d'instance, ces articles et reportages relayaient *«l'ouverture du centre de santé dentaire d'une manière particulièrement avantageuse, visant manifestement à promouvoir les nouveaux services proposés et à inciter le public à s'y rendre».* Pour le tribunal, les dispositions déontologiques relatives notamment à l'interdiction de tous procédés de publicité sont directement applicables aux centres de santé dentaire, et la méconnaissance de ces dispositions *«constitue un acte de concurrence déloyale à l'égard de la profession de chirurgien-dentiste».* L'association Addentis est condamnée à payer des dommages-intérêts. Surtout, il est enjoint à l'association de cesser sans délai tout acte publicitaire de concurrence déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels à propos des trois centres qu'elle gère à Bondy, Bobigny et Aubervilliers. À Perpignan, le conseil départemental de l'Ordre des Pyrénées-Orientales assignait l'association Dentalvie devant le tribunal de grande instance à propos d'un article et de reportages diffusés dans les médias locaux, par ailleurs mis en ligne sur le site de l'association. Pour le TGI de Perpignan, dans un jugement en date du 10 septembre dernier, ces articles et reportages *«sont manifestement à visée publicitaire». Ils «constituent des actes de concurrence déloyale dans la mesure où ils conduisent à contourner l'interdiction [de toute publicité] et à permettre à un centre de soins distribuant des soins dentaires d'en bénéficier alors que les chirurgiens-dentistes n'exerçant pas dans ce type de structures sont soumis au Code de déontologie et ne peuvent avoir recours à ces publicités».* Le TGI a ordonné le retrait immédiat des reportages incriminés du site Internet de l'association, injonction assortie d'une astreinte pour en assurer l'exécution, et a condamné Dentalvie à payer des dommages-intérêts.

ture à réduire le risque de concurrence».

On peut discuter à l'envi de ce point de vue et des principes qu'il développe, qui ne sont pas, c'est le moins que l'on puisse dire, partagés par tous. Restait donc la question spécifique des centres dentaires *low cost*. Les auteurs estiment que *«les dérives signalées à la mission de la part de structures pratiquant une médecine et, plus particulièrement, une chirurgie dentaire dans un but* de facto *lucratif ne paraissent pas davantage justifier une procédure d'agrément car ces dérives ne sont pas détectables à la création d'un centre. La mission considère que la lutte contre ces dérives relève de contrôles ciblés sur les centres suspects, non d'une procédure touchant tous les centres et à la charge d'une administration déjà très sollicitée».*

Ces contrôles ciblés figurent en toutes lettres dans la recommandation n° 17, qui appelle à *«mener des contrôles ciblés sur certains centres dentaires ou polyvalents pratiquant des activités dentaires».*

Précisons une fois encore que cette mission privilégiait une approche transversale de la question des centres de santé, avec une démarche *«susceptible de créer une dynamique d'ensemble»*, et non pas de pointer les éventuelles dérives de certaines structures. Il est tout de même intéressant de noter que l'Igas, écrivent les auteurs, *«a constaté, sans pouvoir, du fait de l'objet de ses travaux, pousser plus loin ses investigations, que certains centres dentaires ou polyvalents adoptaient des pratiques qui éliminaient certains types de patients et développaient un recours aux prothèses dentaires pouvant apparaître excessif au regard de l'objectif de "réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques" inscrit dans l'accord de 2003. La mission souhaite ainsi appeler l'attention sur les risques que comporte un pilotage axé uniquement sur l'optimisation des paramètres de gestion du centre».*

Un pilotage des centres de santé axé sur la seule optimisation des paramètres de gestion comporte des risques de dérive évidents.

10 % DE PATIENTS CMUISTES POUR 22 % DE PRATICIENS

Les auteurs décrivent le centre Addentis, qu'ils ont visité, comme suit : *«Géré par l'association Addentis, le centre dentaire de Bondy, créé en 2009 [...], développe une activité prothétique importante et présente la particularité d'être fermé le mercredi et le samedi.»*

Il faut certes savoir lire l'information véhiculée en creux dans ces propos. Mais le plus important peut-être aux yeux du Conseil national, c'est que, au-delà des notes déjà produites par certaines ARS, pour la première fois la question est abordée par une institution nationale comme l'Igas, dont les propos pèsent d'un poids significatif.

Pour le reste, s'agissant du domaine dentaire mais hors la question des centres *low cost*, on relèvera quelques éléments intéressants. Le rapport relève ainsi que la part des patients CMUistes reçus par les centres de santé est équivalente en pratique libérale et dans les centres de santé. Selon une étude de la Cnamts de 2012, 22,2 % des chirurgiens-dentistes ont au moins 10 % de bénéficiaires de la CMU-c dans leur patientèle. *«Si les professionnels de santé libéraux accueillent parfois autant, voire davantage, de patients CMU-c que les centres de santé, ils n'ont pas la possibilité d'offrir à cette population, qui mérite une attention particulière, le même accompagnement social que celui offert par les centres de santé».*

AMÉLIORER LE RÔLE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES CENTRES DE SANTÉ

Plus globalement, les auteurs proposent une série de recommandations pour optimiser le rôle social et d'accompagnement supposé associé aux centres de santé. Ils avancent également des solutions afin de garantir l'équilibre économique, souvent structurellement défaillant, de ces centres.

On mesure, à lire ces recommandations, combien nous sommes loin, en effet, des problématiques posées par les centres dentaires *low cost*. ■

Les 15-30 ans consultent peu le chirurgien-dentiste

Le dernier Baromètre publié par l'Inpes renvoie une image contrastée des comportements des jeunes face à leur santé, même si une majorité d'entre eux se déclarent en bonne santé.

Moins d'un jeune sur deux de 15 à 30 ans a consulté un chirurgien-dentiste au cours des 12 derniers mois. C'est l'un des résultats du Baromètre santé 2010 des jeunes réalisé par l'Inpes auprès de 6000 personnes âgées de 15 à 30 ans et publié en juin 2013. Les auteurs de cette étude relèvent la faiblesse de ce chiffre et constatent que *«le réflexe d'une visite annuelle de contrôle est encore loin d'être partagé»*. Dans le détail, ils notent que *«les 15-19 ans sont ceux qui se sont le plus rendus chez leur chirurgien-dentiste au cours de l'année (54,8 % vs 46,6 % de l'échantillon total)»*. Pour les auteurs, ce «bon» comportement relatif des 15/19 ans est *«sans doute motivé par l'extension des bilans bucco-dentaires gratuits proposés aux jeunes de 15 à 18 ans par l'assurance maladie»*.

Au-delà de l'analyse comportementale, l'Inpes relève l'impact des causes économiques. Les auteurs relaient ainsi les données d'un rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) en date de juin 2012 qui montre qu'un jeune sur six de 18 à 24 ans n'a pas accès à une complémentaire santé. Pour les auteurs, *«cette situation engendre des difficultés à l'avance des frais, un recours tardif aux consultations et une moins bonne qualité du suivi bucco-dentaire»*. Enfin, mais sans surprise, l'Inpes mentionne les études épidémiologiques confirmant que les inégalités de santé bucco-dentaires sont fortement corrélées au niveau socio-économique des parents ou de la zone de scolarisation (enquêtes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

L'étude diffusée par l'Inpes révèle qu'un jeune sur six de 18 à 24 ans n'a pas accès à une complémentaire santé.

Plus largement, les auteurs de l'étude montrent que 96 % des jeunes âgés de 15 à 30 ans se déclarent en bonne santé. Un résultat à relativiser, estime l'Inpes, *«au regard de leurs pratiques (sexualité, infections sexuellement transmissibles, contraception, sommeil, nutrition, substances psycho-actives...)»*.

Surtout, l'Inpes confirme une augmentation du tabagisme chez les jeunes ainsi qu'une hausse *«préoccupante»* des épisodes d'alcoolisation ponctuelle et excessive.

Ce baromètre est en téléchargement sur le site de l'Inpes (**www.inpes.sante.fr**) et dresse un état très détaillé des comportements des jeunes face à la santé. ■

Les enfants inégaux devant l'accès aux soins

La santé bucco-dentaire des enfants progresse depuis une vingtaine d'années, mais des inégalités d'ordre social et démographique persistent toujours.

En maternelle, 23 % des enfants d'ouvriers ont au moins une carie non soignée contre 4 % pour les enfants de cadres. Un constat qui résulte d'une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publiée en juillet dernier [1]. Plus globalement, la santé bucco-dentaire des enfants est en nette progression depuis une vingtaine d'années, comme en témoigne l'indice CAO passé de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006 chez les enfants âgés de 12 ans. Mais les inégalités sociales demeurent significatives : en 2006, 9 enfants de cadres âgés de 6 ans sur 10 n'ont jamais eu de caries, contre 7 enfants d'ouvriers sur 10. Plus encore, l'inégalité face aux soins et à la prévention est aussi géographique. Selon les auteurs de l'enquête, *«en métropole, 70 % des enfants de 5 à 15 ans ont eu recours au chirurgien-dentiste dans les 12 derniers mois contre seulement 46 % des enfants dans les départements d'outre-mer (Dom)»*. Un taux à mettre en corrélation avec la faible densité de chirurgiens-dentistes dans les Dom.

Ces données statistiques recouvrent donc une réalité d'ordre à la fois social et territorial : les enfants dont les parents sont cadres et vivent en métropole connaissent une bonne santé bucco-dentaire, contrairement aux enfants dont les parents sont ouvriers et/ou vivent dans les Dom.

Lorsqu'un enfant consulte régulièrement un chirurgien-dentiste, il tend à reproduire cette démarche à l'âge adulte.

Les résultats de la Drees montrent que ces inégalités de recours aux soins se traduisent entre autres par un repérage plus tardif des caries. Or, pour lisser ces inégalités, l'un des objectifs de la loi de santé publique de 2004 consistait à *«réduire l'indice carieux CAO aux âges de 6 et 12 ans»*. Et malgré la mise en place, en 2006, du plan national de prévention bucco-dentaire qui organise comme on le sait, *via* le programme *«M'T Dents»*, des visites prises en charge à 100 % par l'assurance maladie de l'enfance à l'adolescence, seulement six enfants d'ouvriers sur dix ont consulté un chirurgien-dentiste dans l'année, contre huit enfants pour les parents cadres.

Ces inégalités sociales pénalisent le domaine de la santé bucco-dentaire, expliquent les auteurs. Ils relèvent que *«les habitudes en matière de suivi médical s'acquièrent dès le plus jeune âge : un enfant qui a pris tôt l'habitude de consulter régulièrement un chirurgien-dentiste aura plus de chances de reproduire cette démarche à l'âge adulte»*. Les auteurs insistent sur le fait qu'une identification précoce des problèmes dentaires permet d'éviter les traitements dentaires lourds et coûteux. Et l'absence de consultation régulière combinée à une mauvaise hygiène dentaire peut entraîner à moyen et long court une dégradation générale de la santé. ■

(1) Cette étude de la Drees, publiée le 31 juillet 2013, a été conduite à partir des résultats de quatre enquêtes menées par l'ESPS, l'Irdes et l'UFSBD.

Les présidents départementaux au Conseil national

Les nouveaux présidents départementaux issus du scrutin de juin dernier ont été accueillis au Conseil national.

Accueillir les présidents départementaux de l'Ordre nouvellement élus pour mieux affirmer l'unité de l'institution ordinale et aborder ensemble les sujets d'actualité, tel était le principe des deux réunions qui ont eu lieu les 5 et 12 septembre derniers au Conseil national. Les membres du bureau avec à leur tête Christian Couzinou, président du Conseil national, ont donc reçu les 20 nouveaux élus, accompagnés des conseillers nationaux représentant leur région.

Parallèlement à ces réunions, notons que les secrétaires administratives des départements étaient également conviées à une formation sur toutes les questions relevant de la gestion administrative. C'est peu dire que le climat de ces réunions avec les nouveaux présidents départementaux était convivial et confraternel, privilégiant résolument l'échange d'informations et le dialogue.

La question démographique fut au centre des discussions, et notamment le lancement, cette année, des Contrats d'engagement de service public (CESP), désormais ouverts aux étudiants en odontologie. D'autres questions, relatives à la radioprotection ou aux contrats, ont été abordées. Parmi les sujets d'actualité, l'installation de confrères européens sur le territoire national ou encore le cas du centre Fernando Pessoa, toujours en suspens, ont fait l'objet de débats animés. Rappelons que, à l'issue de chaque scrutin départemental, ces réunions des nouveaux présidents sont systématiques et revêtent une importance particulière aux yeux du Conseil national. ■

Les nouveaux présidents

Michel AMORIC (Paris)
Marc ANDRY (Marne)
Daniel ARMANDET (Gard)
Philippe BARLET (Allier)
Jean-Luc BUENO (Tarn-et-Garonne)
Frédéric CAMILLERI (Vaucluse)
Pierre-Antoine FLUSIN (Doubs)
Didier GEOFFROY (Essonne)
Bertrand GUÉRIN (Loiret)
Reynald HAREL (Ain)
Philippe LABEDAN (Landes)
Patrick LARRAS (Côte-d'Or)
Jean-François LUIGGI (Yvelines)
Marie-Françoise MASCITTI (Aisne)
Luc PEYRAT (Drôme)
Patrick POMMIER (Haute-Vienne)
Philippe PIANA (Alpes-de-Haute-Provence)
Jacky ROSSILLOL (Loire)
Jérôme SALEFRANQUE (Ariège)
Alain TISSERAND (Vosges)

SAS et libre prestation de services

Le décret modifiant l'organisation des sections des assurances sociales a été détaillé dans *La Lettre* n° 120 datée de septembre dernier. Précisons qu'il est prévu que le praticien de l'art dentaire inscrit sur la liste des praticiens en libre prestation de services soit désormais soumis à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire compétente dans le ressort duquel il exécute l'acte professionnel.

Patrick Hescot, président de la FDI

Président d'honneur de l'UFSBD et ancien secrétaire général de l'ADF, Patrick Hescot a été élu à la présidence de la Fédération dentaire internationale (FDI) pour le mandat 2015-2017.
Le Conseil national lui adresse ses félicitations les plus vives.

Avis de recherche (VAR)

Le 5 février 2013, découverte d'ossements humains, de prothèses amovibles et d'un bracelet d'identification hospitalier illisible dans un terrain en friche sur la commune du REVEST-LES-EAUX (83200), en bordure de la CD 46.

Signalement
Sexe : masculin
Âge estimé : plus de 45 ans,
Type : leucoderme (caucasoïde)
Taille : 174 +/- 5 cm

Éléments dentaires importants
Prothèses amovibles complètes maxillaire et mandibule.
Importants dépôts tabagiques.

Renseignements : tout renseignement susceptible de permettre l'identification de la victime est à transmettre à :
Service du QUART de Toulon
01, rue du Commissaire-Morandin
83000 TOULON
B/C FERRANDES
Tél. : 04 98 03 54 81 ou 04 98 03 54 26

Disparition

Doyen de la profession en Isère (il avait cessé son exercice en 2011), **Bernard Duret** est décédé à l'âge de 80 ans. Praticien reconnu, il avait beaucoup travaillé sur l'empreinte optique et les tenons fibrés. Il avait également contribué à l'introduction de l'implantologie dans sa région. Il était l'oncle de François Duret, inventeur de la CFAO. L'Isère perd un praticien qui avait l'estime de tous ses confrères.

Le conseil départemental de l'Ordre de l'Isère, auquel se joint le Conseil national, présente ses plus vives condoléances à sa famille.

Avenant n° 3 à la convention nationale

L'avis du Conseil national

Consulté pour avis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à propos de l'avenant n° 3 à la convention dentaire, le Conseil national, réuni en session le 26 septembre dernier, a estimé que ce texte ne présentait pas de disposition contraire à la déontologie. Nous présentons, pages suivantes, les principales mesures contenues dans cet avenant.

›››

Avenant n° 3 : ce qui va changer

Parmi les mesures figurant dans l'avenant n° 3 à la convention nationale dentaire, la cotation des actes dans la CCAM, certaines revalorisations d'actes et la dernière version du devis conventionnel. Le syndicat signataire et le représentant des organismes d'assurances complémentaires ont par ailleurs signé une charte.

L'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire (Unocam) et la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) ont signé, le 31 juillet dernier, l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Cette signature va impacter, à partir du 1er janvier prochain mais surtout du 1er juin 2014, les relations entre les praticiens, d'une part, les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, d'autre part.

Elle s'applique à tous les chirurgiens-dentistes conventionnés, et c'est la raison pour laquelle l'Ordre, chargé, entre autres, d'une mission juridictionnelle avec les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance et nationale, présente ci-dessous les mesures contenues dans cet avenant n° 3.

Rappelons que l'Ordre a un rôle consultatif sur ce texte et que sa lecture en est exclusivement déontologique. Il n'entre en effet pas dans les fonctions de l'Ordre de s'immiscer dans ce qui ressort du jeu syndical, et plus précisément de la négociation conventionnelle. Cela étant, l'Ordre ne peut que se féliciter de la prise en charge à 100 % de l'examen buccal pour les femmes enceintes, mesure de santé publique qui était demandée depuis des années par la profession.

L'une des mesures phares de cet avenant tient dans l'ouverture de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) aux chirurgiens-dentistes, qui va se substituer à la NGAP à partir de juin 2014. L'avenant prévoit également la revalorisation de certains actes. Nous proposons, ci-dessous, les mesures contenues dans cet avenant n° 3. Elles entreront en application à partir du 1er juin 2014, à l'exception notable de la revalorisation des actes liés à l'examen buccal des femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse, qui entrera en vigueur *«au lendemain de la publication au* Journal officiel » de l'avenant n° 3. Cette publication est annoncée avant la fin de l'année 2013.

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)

La CCAM s'appliquera à tous les praticiens à partir du 1er juin 2014, à l'exception des actes en ODF (l'avenant n° 3 ne donne pas de précision sur une éventuelle entrée de ces actes dans la CCAM). Réputée plus en phase avec la réalité de notre pratique, la CCAM se substituera donc à la NGAP. L'avenant précise que le chirurgien-dentiste conventionné *«code l'ensemble de son activité conformément à la codification de la base CCAM descriptive complète, y compris celle non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO)».* En revanche, le praticien transmet à l'AMO *«uniquement les codes CCAM des actes pris en charge par celle-ci».* Le texte indique que le praticien conventionné *«s'engage à facturer les actes bucco-dentaires qu'il aura réalisés tels qu'ils sont inscrits à la CCAM et pris en charge [...], à compter [...] du 1er juin 2014».* À cet égard, les praticiens conventionnés *«s'engagent à installer la version Sesam-Vitale 1.40, qui constitue le socle technique de référence, avant cette date».*

DEVIS DENTAIRE

Dans son annexe V, l'avenant n° 3 insère un modèle de devis dentaire qui se substitue au précédent (annexe VII de l'avenant n° 2). Ce devis établit la distinction entre le montant des prestations médicales du praticien et le prix de vente de la prothèse. Le praticien devra y renseigner le pays de fabrication du dispositif médical et s'il est réalisé avec ou sans sous-traitance du fabricant. Le praticien devra aussi renseigner, s'agissant de la description des actes, le prix de vente du dispositif médical, le montant des prestations de soins, les charges de structure du cabinet dentaire, le montant des honoraires, la base de remboursement de l'AMO et le montant non remboursable par l'AMO.

REVALORISATION D'ACTES

- Revalorisations d'actes de chirurgie

– Acte de dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique : 156,75 euros ;

– Acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal : 104,50 euros ;

– Acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau : 146,30 euros.

- Revalorisation d'actes médicaux

– Pose d'un plan de libération occlusale : 172,80 euros ;

– Pose de gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou porte-topique : 86,40 euros ;

– Pose de gouttière maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou porte-topique : 172,80 euros ;

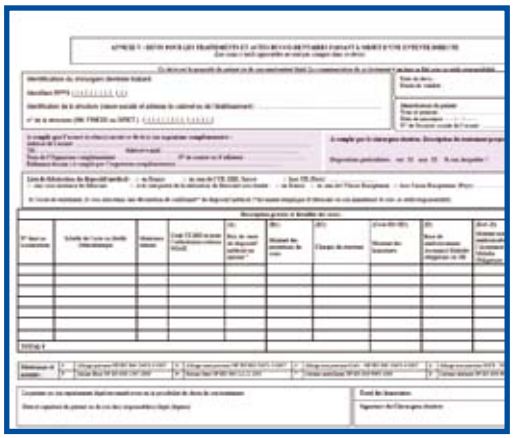
– Pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire : 172,80 euros.

EXAMEN DE PRÉVENTION AU 4e MOIS DE GROSSESSE

Les femmes enceintes vont bénéficier d'un examen bucco-dentaire, à compter du quatrième mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, pris en charge à 100 %, en dispense d'avance de frais. La convention précise que cet examen *« comprend obligatoirement : une anamnèse, un examen bucco-dentaire, des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale, etc.), hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant...) »*. L'examen est complété, si nécessaire, par des radiographies intrabuccales et l'établissement d'un programme de soins. L'avenant précise que dans le cas où un soin doit être réalisé, il peut être exécuté *« au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention »*.

À noter que la femme enceinte doit présenter au praticien un imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

- Examen : 30 euros ;
- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros.



Le devis conventionnel tel que figurant en annexe de l'avenant n° 3.

VISITES

Visite et consultation des omnipraticiens et spécialistes :

- Métropole : 23 euros ;
- Antilles : 25,30 euros ;
- Réunion, Guyane, Mayotte : 27,60 euros.

URGENCES – SOINS CONSERVATEURS

S'agissant des actes liés aux urgences, les partenaires conventionnels proposent l'inscription de l'évacuation d'abcès parodontal à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Sous réserve de cette inscription, cet acte sera valorisé au tarif de 40 euros.

Pour les soins conservateurs, l'avenant n° 3 fait état de l'engagement des parties à examiner une revalorisation des actes de retraitement endodontique. S'agissant des restaurations d'angles, une période d'observation de deux ans devra être respectée.

Les revalorisations seront envisagées comme suit :

- Pose de couronnes dentaires implanto-portées : 107,50 euros ;
- Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin :

– Sur un angle : 43 euros ;

– Sur deux angles 86 euros. ■

>>>

Une charte entre praticiens et assureurs complémentaires

Parallèlement à la signature de l'avenant n° 3, le syndicat signataire, la CNSD, et les assureurs complémentaires représentés par l'Unocam se sont engagés à respecter un certain nombre de principes et de règles.

Les principaux points de la charte sont exposés ci-après.
L'Unocam s'engage à :

- Respecter le caractère médical de la profession de chirurgien-dentiste en se référant à son Code de déontologie ;
- Renseigner avec discernement les adhérents ou les assurés sur leurs droits et prestations et sur l'estimation de leur reste à charge, respectant les choix thérapeutiques opérés par le praticien ;
- Ne formuler des commentaires sur les honoraires du chirurgien-dentiste traitant qu'à partir d'éléments significatifs qui peuvent être objectivés ;
- En réponse à une demande d'informations (de l'assuré lui-même) pour trouver un chirurgien-dentiste, à communiquer le nom d'au moins trois praticiens, présentés dans un ordre aléatoire, exerçant indépendamment et correspondant aux souhaits de proximité de l'adhérent (qui reste libre de son choix) ;
- Répondre aux patients dans un délai de 15 jours ;
- Payer dans un délai inférieur à 15 jours après réception des éléments nécessaires au paiement.

Les praticiens, quant à eux, s'engagent à :

- Ne pas céder aux demandes abusives des patients, mais à les faire bénéficier de tous les avantages sociaux ;
- Utiliser et renseigner le devis conventionnel ;
- Ne pas adapter les honoraires aux remboursements ;
- Accepter de voir figurer les codes CCAM dans le devis conventionnel. ■

L'avenant n° 2 et 3

Rappelons que l'avenant n° 2 instituait le contrat incitatif et revalorisait les tarifs de la consultation à 23 euros en métropole. Dans le cadre du programme M'T Dents, l'examen bucco-dentaire des jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans était également revalorisé, à 30 euros, de même que les forfaits radiographiques afférents (un ou deux clichés : 42 euros ; trois ou quatre clichés : 54 euros).

Le patient n'est pas (encore ?) un consommateur

En résumé

Voilà un litige peu banal soumis à la cour d'appel de Paris. Une patiente conteste les honoraires dus à un chirurgien-dentiste car elle n'a pas été informée du *« coût de la prestation »* avant sa réalisation. S'agissant de la source de l'obligation d'information sur le prix, la cour d'appel rejette toute application du Code de la consommation et se fonde sur le Code de la santé publique. De là, son arrêt alimente un débat bien connu : le patient est-il ou non un consommateur, à ce titre, bénéficiaire des dispositions du Code de la consommation ? Cette même cour d'appel juge que le praticien a méconnu son obligation d'information, en ne produisant en justice qu'un devis non signé de la patiente ; la preuve de l'information préalable aux soins n'est pas rapportée. Les juges n'en déduisent cependant pas que le patient est, pour cette raison, libéré de son obligation de payer. Un honoraire est dû. Quel est son montant ? Ce n'est pas nécessairement celui fixé dans le devis, la cour d'appel ordonnant une *« consultation »*, dont l'objet sera de déterminer la somme due au chirurgien-dentiste.

Le contexte

La cour d'appel de Paris a rendu très récemment un arrêt extrêmement intéressant, qui pose notamment la question de savoir si le patient, en l'occurrence d'un chirurgien-dentiste, est ou non un consommateur [1]. Les faits, tels qu'ils sont mentionnés dans l'arrêt, manquent de clarté, principalement s'agissant du devis et du traitement dentaire. En substance, une patiente a bénéficié d'une *« prestation de soins »* [2], dont la réalisation et la qualité ne sont pas contestées ; l'objet du litige porte, en définitive, uniquement sur les honoraires du chirurgien-dentiste. Ce dernier a, semble-t-il, rédigé un devis, mais qui n'a pas été signé de la patiente. Celle-ci soutient ne

>>>

pas avoir eu connaissance de ce devis avant l'intervention, donc de ne pas avoir été avisée du *«coût de la prestation»* préalablement au traitement. D'où trois interrogations soumises aux juges d'appel : existe-t-il une obligation préalable d'information sur le prix de l'acte médical, si oui, la preuve du respect de cette obligation a-t-elle été rapportée, si non, à quoi peut prétendre la patiente victime ?

L'analyse

Tout d'abord, s'agissant de l'obligation d'information, c'est la *source* de celle-ci qui a été débattue. Les articles L. III-1 et 2 du Code de la consommation prescrivent une obligation générale d'information pesant sur tout professionnel, vendeur ou prestataire de services ; ils précisent également que la preuve de l'exécution de cette obligation incombe au professionnel. Ces textes répondent donc à la fois à la question de l'existence de l'obligation et de la preuve du respect de celle-ci. Mais le Code de la consommation régit-il le contrat médical, ici la relation nouée entre un chirurgien-dentiste et son patient ? Celui-ci est-il véritablement un consommateur ? La Cour de cassation [3] et le Conseil d'État [4] ont par le passé qualifié les *«clients de professions médicales de consommateurs»*. Il est vrai que le Code de la consommation, à ce jour, ne comporte aucune définition claire du consommateur. Pire, le vocabulaire usité n'est pas toujours le même : tantôt est évoqué *«le client»*, à d'autres moments *«l'acheteur»*, voire *«l'acheteur agissant en qualité de consommateur»* [5], etc.

La notion de consommateur apparaît donc ambiguë. Ce faisant, le Conseil national de la consommation a retenu l'acception suivante : *«Une personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de [son] activité professionnelle.»* La Cour de justice des communautés européennes (CJCE, devenue CJUE) a jugé que le consommateur, au sens de la directive 93/13/CEE du Conseil, désignait *«toute personne physique qui, dans les contrats relevant de la présente directive, agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle»*.

La pluralité des termes employés pour désigner le consommateur prête à confusion : *«client»* ou *«acheteur»*, il peut même devenir *«acheteur agissant en qualité de consommateur»*.

Le projet de loi relatif à la consommation actuellement en débat au Parlement entend clarifier la notion : *«Au sens du présent Code [de la consommation], est considérée comme un consommateur toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre [nous soulignons] de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.»* Si cette définition est retenue, d'aucuns soutiendront qu'un patient est un consommateur. En effet, le patient est incontestablement une personne physique et, lorsqu'il reçoit des soins dentaires ou d'une autre nature, il n'agit pas *«à des*

fins professionnelles», mais personnelles. Méfions-nous, cependant, de ce qui paraît relever de l'évidence. Le Code de la consommation a pour finalité de protéger certains individus ; or, le patient est déjà protégé par le Code de la santé publique. Ainsi l'article L. 1111-3 dispose-t-il que «*les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie [...]*». Le devoir préalable d'information a pour source le Code de la santé publique, et il n'est nul besoin, selon nous, d'aller puiser dans le Code de la consommation. Certes, pour assurer l'obéissance effective aux dispositions consuméristes, le projet de loi précité prévoit une sanction spécifique : selon le «futur» ar-

ticle L. III-5, l'auteur d'une violation de l'obligation d'information *«est passible d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 euros pour une personne physique»*. Mais est-ce un argument convaincant? Nous en doutons. Il y a déjà un arsenal de sanctions susceptibles d'être mobilisé, propre au droit de la santé et au droit de la sécurité sociale. Gageons qu'avant le vote définitif de la loi relative à la consommation, il sera précisé que l'acte de soins n'est pas un

acte de consommation. Pour en revenir à la cour d'appel de Paris, elle a écarté le Code de la consommation et fondé son arrêt sur le Code de la santé publique. Elle écrit : *«L'article L. III-1 du Code de la consommation n'a pas vocation à régir les relations entre un patient et un professionnel de santé.»* La formule employée *(«n'a pas vocation à régir»)* est claire, et l'on ne peut que l'approuver. Cette juridiction a toutefois considéré que le chirurgien-dentiste avait méconnu l'article L. IIII-3 du Code de la santé publique, la preuve de l'information sur les coûts n'ayant pas été établie faute de devis signé, en l'absence de certitude d'un accord réel du patient.

Aurait-il été raisonnable de considérer que le défaut d'information sur le coût de la prestation devait être sanctionné par la gratuité du traitement?

Quelle est alors, ensuite, la conséquence – la sanction – du défaut d'information sur le prix? Le patient est-il libéré intégralement de son obligation de payer les honoraires? La réponse de la cour d'appel est négative. Son raisonnement est stimulant : *«La fixation d'un prix n'est pas une condition de validité du contrat; la cour ne peut pas, comme le sollicite la patiente, rejeter la demande en paiement formulée par le praticien au seul motif qu'il n'y aurait pas eu de devis écrit ou signé.»* Dit autrement, des honoraires sont dus. À vrai dire, *«la prestation de soins»* a été réalisée; il n'est plus possible de revenir en arrière; une solution différente aurait pour effet d'admettre que le défaut d'information est sanctionné par un *«traitement gratuit»*!

Reste finalement à fixer le montant des honoraires. Est-il celui fixé dans le devis? Pas nécessairement car la cour d'appel ordonne une *«consultation»* par laquelle sera évaluée la somme à régler au chirurgien-dentiste, et ce au regard de *«l'étendue des services fournis et de la qualification professionnelle [du praticien]»*. Le coût de la *«consultation»* est mis à la charge du chirurgien-dentiste parce qu'il *«y a principalement intérêt»*, nous dit la cour d'appel. ■

David Jacotot

(1) 21 mars 2013, Juris-Data n° 2013-008003, revue *Contrats, concurrence, consommation*, commentaire n° 195, obs. G. Raymond.

(2) Vocable utilisé dans l'arrêt sous commentaire.

(3) Cass. crim., 15 mai 1984, *Dalloz* 1986, p. 106, note G. Mémeteau.

(4) 1re et 4e sous-sections, 27 avril 1998, n° 184473, « Cornette de Saint-Cyr », revue *Contrats, concurrence, consommation*, 1999, commentaire n° 15.

(5) Lire le rapport de l'Assemblée nationale n° 1156, établi par les députés Hammadi et Le Loch.

Les praticiens-conseils assesseurs sont-ils impartiaux ?

En résumé

Les sections des assurances sociales sont des juridictions qui sanctionnent les chirurgiens-dentistes méconnaissant notamment la NGAP. Elles sont souvent saisies après une analyse d'activité réalisée par un praticien-conseil. Au sein de ces sections siège, notamment, un praticien-conseil (bien évidemment différent de celui qui a contrôlé). N'est-ce pas contraire aux principes d'indépendance et d'impartialité d'une juridiction ? Le Conseil d'État répond par la négative.

Le contexte

La composition des sections des assurances sociales est au centre d'un arrêt rendu par le Conseil d'État le 5 juillet 2013 [1]. Aux termes de l'article L. 145-6 du Code de la sécurité sociale, *« la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre est une juridiction »*; sa fonction est donc de juger. Elle est saisie d'une plainte consécutivement le plus souvent à une analyse d'activité dans le cadre de laquelle un praticien-conseil a constaté les manquements d'un chirurgien-dentiste (non-respect de la NGAP, par exemple). Une fois saisie, si les manquements sont avérés, la section des assurances sociales inflige au praticien une sanction. Pour ce faire, elle puise dans la liste figurant à l'article L. 146-2 du Code de la sécurité sociale; citons l'avertissement, le blâme ou l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de sonner des soins aux assurés sociaux. Le chirurgien-dentiste sanctionné dispose d'une voie de recours contre la décision de cette juridiction; il interjette appel devant *« la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes »*, puis il peut former un pourvoi devant le Conseil d'État.

>>>

Justement, devant le Conseil d'État, un chirurgien-dentiste a critiqué la composition des sections des assurances sociales. Selon lui, elle n'offrirait pas les garanties appropriées permettant de satisfaire aux principes d'indépendance et d'impartialité qui s'imposent à toute juridiction. Qui est membre de ces sections ? Outre un juge de l'Ordre administratif et des conseillers ordinaux, y siègent des *« assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien-conseil, nommés par l'autorité compétente de l'État »* [2]. C'est en raison de la présence d'un praticien-conseil que le chirurgien-dentiste a posé une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), marquant ainsi son doute sur l'impartialité et l'indépendance des sections des assurances sociales.

Cette offensive contentieuse n'est pas, à première vue, fantaisiste. L'analyse d'activité est diligentée et conduite par un praticien-conseil ; la plainte auprès d'une section est déposée par le service du contrôle médical auquel est rattaché ce même praticien-conseil ; la proximité avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est perceptible sur le terrain. D'où, la perplexité : un praticien-conseil siège au sein d'une juridiction qui sanctionne un chirurgien-dentiste à la lumière de griefs relevés par un praticien-conseil. Certes, celui qui est nommé assesseur n'est pas la même personne que celui qui a opéré le contrôle, mais l'on peut soupçonner un *« esprit de corps »*, une solidarité au regard de la fonction. Le Conseil d'État dans son arrêt du 5 juillet 2013 décide de ne pas renvoyer la QPC devant le Conseil constitutionnel ; il n'y a pas d'atteinte aux principes d'indépendance et d'impartialité. Présentons le raisonnement de la haute juridiction.

L'analyse

Tout d'abord, rappelons que l'article 6 § 1er de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) pose les exigences du procès équitable, parmi elles, le droit de *« toute personne à ce que sa cause soit entendue équitablement, dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial [...] »*. L'article 14 § 1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques prescrit quasiment la même règle. Ces deux textes, dont le rayonnement dépasse la France, montrent l'importance de l'indépendance et de l'impartialité. Le Conseil d'État, du reste, l'a intégré dans notre droit [3]. Quelle est la signification de ces principes ? Les notions d'indépendance et d'impartialité sont difficiles à distinguer. L'indépendance, selon le Pr S. Guinchard, *« s'exprime en externe, par rapport à d'autres pouvoirs que le pouvoir judiciaire »*, alors que *« l'impartialité est liée à l'organisation et au fonctionnement internes des juridictions »* ; *« l'indépendance est un préalable à l'impartialité ; on ne peut être impartial, si, déjà, on n'est pas indépendant »*. Par ailleurs, il est classique d'opposer l'impartialité objective et l'impartialité subjective. Sommairement, la première consiste à se demander si, indépendamment de la conduite personnelle du juge, certains faits vérifiables autorisent à suspecter l'impartialité de ce dernier. La seconde renvoie à la conception personnelle du

juge, aucun des membres de la juridiction ne doit manifester de parti pris ou de préjugé personnel. Le Conseil d'État, dans l'arrêt sous commentaire, dit seulement qu'une même autorité ne peut avoir *«le pouvoir de poursuivre et celui de juger»*; elle souligne également qu'une personne ne peut siéger si elle reçoit *«quelque instruction de la part de quelque autorité que ce soit»*.

Qu'en est-il du praticien-conseil? Selon la haute juridiction française, le praticien-conseil ne se trouve pas dans une situation hiérarchique à l'égard de l'État qui le désigne assesseur, car il n'est ni fonctionnaire ni un agent public de l'État. En substance, le praticien-conseil est un agent de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), qui est une instance autonome de l'État, et dont le statut découle d'une convention collective spéciale. À cela, si le Conseil d'État admet l'existence d'un *«même corps»* (celui des praticiens-conseils), il ajoute que ces derniers sont indépendants des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) car la nomination et l'avancement de ces agents de la Cnam résultent d'une convention collective. Indépendants encore parce qu'ils sont soumis au Code de déontologie, qui interdit d'aliéner son indépendance professionnelle. Pour clore le débat, la haute juridiction constate qu'un praticien-conseil ayant participé à un contrôle, engagé des poursuites, ou se trouvant placé sous l'autorité hiérarchique de l'auteur de la plainte, ne peut siéger au sein de la juridiction appelée à juger le chirurgien-dentiste poursuivi. La conclusion est claire : *«L'ensemble des dispositions applicables attachées aux fonctions des assesseurs praticiens garantit qu'ils sont à même d'exercer leur activité juridictionnelle de façon indépendante et impartiale.»* ■

David Jacotot

(1) CÉ, 4e et 5e sous-sections, n° 366067, inédit au *Recueil Lebon*.

(2) Il y a autant d'assesseurs ordinaux que d'assesseurs représentant les organismes de sécurité sociale – articles L. 145-6 et 7 du Code de la sécurité sociale. Le décret n° 2013-547 du 26 juin 2013 modifie les règles relatives à la désignation des assesseurs. Par exemple, l'article R. 145-5 1° du Code de la sécurité sociale prévoit qu'un praticien-conseil soit désigné sur proposition du médecin-conseil national du régime général de l'assurance maladie en dehors du ressort de la SAS concernée.

(3) CÉ, 3 décembre 1999, « Didier » ; CÉ, 6 avril 2001, « SA Entreprise Razel frères ».

Comprendre l'obligation et la contribution à la dette de réparation

En résumé

À partir d'un contentieux de responsabilité médicale impliquant une clinique et un médecin (pluralité de responsables), deux concepts juridiques sont expliqués : l'obligation *in solidum* à la dette de dommages et intérêts, qui concerne le rapport victime/responsables (la clinique et le praticien), et la contribution à la dette, qui intéresse le rapport entre les deux responsables.

Le contexte

Les auteurs de la loi promeuvent l'intelligibilité et l'accessibilité du droit. Cet objectif louable, que l'on comprend fort bien dès lors que *« nul n'est censé ignorer la loi »*, n'est pas aisé à atteindre : le droit a son langage ; il est parfois le produit de l'interprétation des textes par le juge lorsque la loi est équivoque ou incomplète. Dans le cadre de cette chronique, dont la source d'inspiration est une affaire de responsabilité médicale, nous allons présenter plus particulièrement deux concepts : l'obligation et la contribution à la dette de réparation.

Point de départ : dans un arrêt rendu par la Cour de cassation [1], une patiente a été victime d'une infection nosocomiale et, en raison des préjudices qu'elle a subis, elle engage la responsabilité civile d'une clinique et d'un médecin. Ces deux acteurs sont *« condamnés in solidum »* par les juges ; une dette de réparation est, ainsi, caractérisée. Le langage apparaît de prime abord barbare.

L'analyse

Pour comprendre ce langage, procédons par étapes.

1. Les termes *«dette de réparation»* expriment une condamnation à des dommages et intérêts (une somme d'argent) dans le cadre d'un contentieux, ici de responsabilité civile. Le recours au mot *«dette»* (les dommages et intérêts) invite à identifier un «débiteur», c'est-à-dire celui qui doit, en l'occurrence, celui qui est condamné. Ainsi la clinique et le médecin sont-ils les «débiteurs», ils sont *«obligés à la dette»*; la patiente, quant à elle, est dite «créancière» (desdits dommages et intérêts).

2. S'agissant de l'expression latine *«in solidum»*, elle implique d'étudier le rapport créancier contre débiteur(s) et signifie que le créancier peut obtenir la totalité des dommages et intérêts soit du médecin, soit de la clinique. Dit autrement, bien qu'il y ait plusieurs responsables, en l'occurrence deux, la victime est en mesure d'être indemnisée intégralement par l'un deux. Elle ne supporte pas l'insolvabilité [2] d'un débiteur car elle peut obtenir tout de l'autre (et vice-versa). Chacun l'aura compris : il s'agit de protéger la victime. L'on comprend que les avocats des patients intentent la plupart du temps une action en justice dirigée contre tous les intervenants successifs (praticiens ou établissements de soins). Si ceux-ci sont tous déclarés responsables, alors ils seront condamnés *in solidum*.

3. Encore faut-il être «responsable». Le droit est ainsi fait qu'il contient des cas de responsabilité sans faute – par exemple, l'obligation de résultat – et des cas de responsabilité pour faute. Depuis la loi *«Kouchner»* du 4 mars 2002 (article L. 1142-1 du Code de la santé publique), le professionnel de santé libéral est, en principe, responsable en cas de faute.

4. Une dernière question se pose en raison de l'existence de plusieurs responsables : qui va supporter, en définitive, la dette de réparation ? Prenons un exemple. La somme due au patient est égale à 100, donc le patient recevra 100. Mais, en présence de deux responsables, il n'y a pas *a priori* de raison que l'un des deux voit son patrimoine amputé de 100. Finalement, quelle est la part de chaque responsable : 50/50 ou davantage pour le premier que pour le second ? Pour répondre à l'interrogation, c'est donc le rapport entre débiteurs – encore appelé *«contribution à la dette»* – qui est au centre de l'analyse juridique, et non pas le rapport entre la victime et les débiteurs. En l'espèce, c'est le lien entre la clinique et le médecin.

Juridiquement, la contribution de chacun dépend de trois situations. Premièrement, si les deux débiteurs ont été condamnés sur le fondement d'une responsabilité *«sans faute»*, alors le partage est établi par *«parts viriles»*, plus simplement par parts égales [3] ; dans notre exemple, 50 pour le médecin et 50 pour la clinique. Deuxièmement, si les deux débiteurs ont été condamnés sur le fondement d'une responsabilité *«pour faute»*, la répartition est déterminée en fonction de la gravité de la faute respective de chaque débiteur ; le juge, aidé en cela par l'expert judiciaire, vérifie si le médecin est plus ou moins fautif que la clinique. Il se peut que la faute de chacun soit d'une égale importance, l'on revient, en conséquence, au 50/50. Troisièmement, dans l'hypothèse où l'un engage une responsabilité pour faute et l'autre une responsabilité sans faute, ici, l'auteur fautif supporte intégralement la somme due : dans notre exemple 100 [4]. Voilà brièvement traitées l'obligation et la contribution à la dette de réparation. ■

David Jacotot

L'insolvabilité ne doit pas affecter la victime : en présence de plusieurs responsables, seul l'un d'eux peut être amené à l'indemniser intégralement.

(1) Cass. civ. 1re, 10 avril 2013, n° 12-14219, *Dalloz* 2013, p. 995, obs. M. Véron.

(2) Par souci de simplification, on exclura du propos l'assureur de responsabilité.

(3) Cass. civ. 1re, 21 juin 2005, *Bull. civ.* I, n° 276.

(4) Cass. civ. 1re, 7 juillet 2011, n° 10-19137.

Low cost, high profile

Aurélie Loll

1989 : naissance à Strasbourg
2007 : baccalauréat S
2007 : P 1 à Strasbourg
2008 : deuxième année en chirurgie dentaire
2012 : stage de brousse de deux semaines à Madagascar
2013 : diplômée à l'UFR de Strasbourg

« *Premier prix du concours de déontologie ? Franchement, je n'y croyais pas ! Lorsque j'ai reçu le courrier, je l'ai relu à plusieurs reprises pour me laisser convaincre que ce n'était pas une erreur !* » Et pourtant, c'est bien Aurélie Loll, fraîchement diplômée de l'UFR d'odontologie de Strasbourg, qui est devenue lauréate 2013 du concours organisé par le Conseil national, avec une brillante copie consacrée à la question brûlante des centres *low cost* et, surtout, des conditions dans lesquelles les praticiens qui y collaborent peuvent respecter leurs obligations déontologiques.

Telle qu'elle est posée, cette question relèverait presque de l'oxymore. Difficile, en effet, de concilier l'application d'un modèle fondé essentiellement sur la rentabilité économique d'un côté et, de l'autre, le respect, en tant que membre d'une profession médicale, de ses obligations déontologiques et éthiques. C'est cette dimension presque schizophrénique que la lauréate 2013 a su relever dans son travail. Elle résume : « *Derrière la question des tarifs attractifs, la tentation du surtraitement est inévitable. N'existe-t-il pas un risque que, dans ces centres, on "découvre" davantage de dents nécessitant d'être couronnées qu'ailleurs ? Sans parler de l'impasse faite sur une dimension essentielle de notre rôle de thérapeute : soins conservateurs, détartrage, soins aux enfants, etc* » ? On devine que la trajectoire prise aujourd'hui par cette jeune praticienne ne lui donnera *a priori* pas l'occasion d'éprouver concrètement cette quadrature du cercle entre impératifs économiques et déontologiques. Elle assure un remplacement à Strasbourg avec l'objectif de le prolonger par une collaboration en libéral. « *Mon souhait est d'accumuler de l'expérience pour, à terme, ouvrir mon propre cabinet dentaire* », confie-t-elle. Elle n'est pas fixée sur le lieu de son exercice : « *Peu importe que cela soit en ville ou à la campagne, même si j'ai toujours vécu à Strasbourg. Vu la situation démographique actuelle, je suis parfaitement consciente que nous sommes plus "attendus" dans certains endroits que dans les centres-villes.* »

« Derrière la question des tarifs attractifs se cache la tentation inévitable du surtraitement. »

Dans l'immédiat, elle peaufine sa thèse, qu'elle souhaite soutenir d'ici à la fin de l'année, intitulée « *Le dossier dentaire du patient et son intérêt en odontologie médico-légale* ». Pourquoi ce choix ? « *Avant de suivre des cours sur la question, je n'imaginais pas être intéressée par ce domaine. C'est exactement le contraire qui s'est produit. Au-delà de l'aspect "technique", identifier une personne est la seule chose que l'on puisse encore faire. Et cela, on le doit aux familles et aux proches.* »

Au total, le Conseil national est particulièrement ravi de confirmer à cette jeune praticienne à la fois enthousiaste et équilibrée qu'elle est bien la lauréate 2013 du concours de déontologie... ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✔ AVENANT N° 3 À LA CONVENTION NATIONALE. À partir de juin 2014, la Classification commune des actes médicaux (CCAM) s'appliquera aux chirurgiens-dentistes conventionnés. L'avenant n° 3 introduit par ailleurs le devis conventionnel et procède à des revalorisations d'actes. Dès la parution de cet avenant au *JO*, les examens de prévention pour les femmes enceintes, sans avance de frais et pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, entreront en vigueur.

✔ ABSENCE D'INFORMATION ET RÈGLEMENT D'HONORAIRES. La cour d'appel a jugé qu'un praticien ayant méconnu son obligation d'information en ne produisant en justice qu'un devis non signé de la patiente, la preuve de l'information préalable aux soins n'était pas rapportée. Les juges n'en déduisent cependant pas que le patient est, pour cette raison, libéré de son obligation de payer. Un honoraire est dû.

✔ CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC. 50 contrats d'engagement de service public (CESP) ont finalement été ouverts aux étudiants en odontologie pour l'année universitaire 2013-2014, contre les 36 initialement prévus. Les étudiants intéressés doivent présenter un dossier à leur UFR.

✔ PRATICIEN-CONSEIL ASSESSEUR. Les sections des assurances sociales, juridictions qui sanctionnent les chirurgiens-dentistes méconnaissant notamment la nomenclature, sont souvent saisies après une analyse d'activité réalisée par un praticien-conseil. Au sein de ces sections siège, notamment, un praticien-conseil (bien évidemment différent de celui qui a contrôlé). Le Conseil d'État a jugé que cela n'était pas contraire aux principes d'indépendance et d'impartialité de la juridiction.

La Lettre n° 121 – Octobre 2013

Directeur de la publication : Christian Couzinou / Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 34 78 80 – **Fax :** 01 47 04 36 55 / *www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/*
Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15
Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. **Secrétariat de rédaction :** Corinne Albert. **Illustrations :** Dume et Bruno Mallart. **Couv. :** Ewa Roux-Biejat.
Photos : Gendarmerie nationale/IRCGN : p. 1. Fotolia : pp. 2, 18, 21, 24, 36. Julian Renard : p. 3. Philippe Delacroix : p. 6. Sébastien Nardot : p. 9. DR : pp. 5, 6, 7, 19, 20, 34.
Imprimerie : SIEP/Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs/Dépôt légal à parution ISSN n° 12876844.

Toute l'information pratique en ligne

Contrats, petites annonces, actualités, réglementation… Le site Internet de l'Ordre met à disposition des confrères tous les outils pour sécuriser et améliorer leur exercice.

ONCD ***www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr***